

インフルエンザ予防接種助成金申請書

(所 属 所 送 金 用)

所 属 所 名		交 付 申 請 金 額	
○ ○ ○ 市		0 円	
予 防 接 種 実 施 月	人 数	主 な 予 防 接 種 実 施 医 療 機 関 名	
△△ 年 10 月	10 人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	他
△△ 年 11 月	20 人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	他
△△ 年 12 月	30 人	× × × 病院	他
▲▲ 年 1 月	20 人	× × × 病院	他
予防接種実施人数	80 人 ×1,000円 =		0 円
金 融 機 関 名	本 支 店	預 金 種 目	口 座 番 号
銀行 農協		普通 ・ 当座	No.
		(フ リ ガ ナ)	
		口 座 名 義 人	
上記のとおり、実施者名簿(様式第2号)を添えて申請いたします。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 職 名 ○○○市長 所 属 所 長 氏 名 △△ △△			

① 所属所名(市町村・一部事務組合名)及び申請金額(予防接種実施者数×1,000円)を記入してください。

② 予防接種を実施した月ごとに実施人数、実施医療機関名を記入してください。

③ 予防接種実施者の合計人数、申請金額(合計人数に1,000円を乗じた金額)を記入してください。

④ 受取口座を記入してください。(互助会名義の口座も可能。)

⑤ 申請内容を確認の上、申請日及び所属所長(市町村長・一部事務組合管理者)の職名・氏名を記入してください。

備考1 助成金は、1人当たり1回とし、1,000円となります。なお、自己負担額が助成金の額に満たない場合は、助成の対象外となります。

2 この申請書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額等の内訳が明記された領収書の写しを添付してください。